

Inleiding

Dit is de samenvatting van het boek 'Public Health and the EU: an overview' (Volksgezondheid en de EU: een overzicht).

Het volledige boek is op dit ogenblik alleen in het Engels verkrijgbaar en kan gratis worden gedownload van de website van de European Public Health Alliance (<http://www.ephao.org/>). Deze samenvatting wordt gepubliceerd in alle EU-talen en gedrukt met de financiële steun van de Europese Commissie en van particuliere stichtingen.

Het boek 'Public Health and the EU: an overview' verscheen in 1995 voor het eerst als een bundel van beleidsbriefings die door de EPHA werd samengesteld. Tien jaar later verheugt het ons een bijgewerkte versie te kunnen aanbieden met de laatste ontwikkelingen in EU-beleid zoals het ontwerp van een Europese Grondwet, het nieuwe programma inzake volksgezondheid en de impact van de uitbreiding van de EU op het gezondheidsbeleid.

De EPHA heeft als missie de gezondheid van alle mensen die in Europa wonen te bevorderen en te beschermen en de burgers ertoe aan te zetten meer deel te nemen aan de Europese beleidsvorming op het vlak van gezondheid. De EPHA heeft dit boek gepubliceerd bij wijze van inleiding op de brede waaier van activiteiten van de Europese Unie (EU) die een weerslag hebben op de volksgezondheid. Het doel is om aan lokale, nationale en Europese organisaties informatie te verstrekken over de kansen en uitdagingen die de EU biedt op het vlak van volksgezondheid. We zien dit als een voorwaarde voor het verbreden en versterken van de betrokkenheid en het engagement van het maatschappelijk middenveld op het vlak van het beleid. Nog belangrijker is dat dit boek de aandacht vestigt op de cruciale rol die niet-gouvernementele organisaties vervullen om de kloof tussen burgers en beleidsbepalers te verkleinen en een tegenwicht te vormen voor gevestigde belangen.

Dit overzicht heeft betrekking op de huidige activiteiten van de EU (in 2007) op de volgende gebieden:

- stand van zaken op het vlak van gezondheid in de Europese Unie, inclusief de impact van de uitbreiding;
- de voornaamste instrumenten die op EU-niveau beschikbaar zijn om invloed uit te oefenen op volksgezondheid;
- de impact van andere EU-beleidsgebieden (interne markt, landbouw, milieu, onderzoek, gezondheid en veiligheid op het werk, enzovoort) op de volksgezondheid;
- de relatie tussen patiëntenmobiliteit en ontwikkelingen in de gezondheidszorg en hoe dit kan leiden tot nauwere samenwerking en betere coördinatie in de EU;
- uitwisselen van gegevens over gezondheid en ontwikkelen van goede praktijken;
- het belang van gezondheidsdeterminanten zoals voeding, lichamelijke activiteit, alcohol, tabak, verdovende middelen, geestelijke gezondheid en letsels;
- de impact van overdraagbare ziekten op de EU-agenda en de wijze waarop recente bedreigingen voor de gezondheid zoals SARS en vogelgriep de nadruk hebben gelegd op de behoefte aan een EU-optreden;
- het belang van geneesmiddelen voor de Europese burgers en de economie en de wijze waarop overwegingen in verband met kosten, concurrentie en veiligheid een weerslag hebben op het algemene beleid op het gebied van volksgezondheid.



Volksgezondheid

De publicatie omvat een korte inleiding op verschillende concepten van volksgezondheid. Het ontstaan van de volksgezondheidsbeweging en haar belangrijkste resultaten worden kort toegelicht.

Overall worden mensen in de loop van hun leven blootgesteld aan een zo goed als eindeloze waaier van risico's voor hun gezondheid: in de vorm van al dan niet overdraagbare ziekten, letsels, consumptieartikelen, geweld of natuurrampen. Risico's doen zich niet geïsoleerd voor. De oorzaak van vele risico's ligt in complexe aaneenschakelingen van gebeurtenissen over lange tijdsperiodes¹. In essentie houdt volksgezondheid in dat men de voorwaarden creëert voor een gezonde samenleving.

We kunnen 'volksgezondheid' dan ook definiëren als de 'objectieve en meetbare' gezondheid van een bevolking, de levensverwachting van haar individuele leden en de mate waarin ze vrij zijn van ziekten. Dit is echter een vrij enge definitie. Terwijl de volksgezondheid erop is vooruitgegaan dankzij inentingen en screeningprogramma's, is de invloed van het beleid op andere gebieden – betere huisvesting, schoon water, systemen van afvalverwerking en riolering, voedselveiligheid, onderwijs enzovoort – nog groter.

In de klassieke definitie van Winslow uit 1920 vinden we een ruimere definitie van wat volksgezondheid betekent:

Volksgezondheid is de wetenschap en de kunst die erin bestaan ziekten te voorkomen, het leven te verlengen en de lichamelijke gezondheid en efficiëntie te verbeteren door middel van georganiseerde inspanningen van de samenleving om de omgeving te saneren, de controle van infecties in de gemeenschap, de opvoeding van het individu in de beginselen van persoonlijke hygiëne, het organiseren van medische en verpleegkundige diensten met het oog op de snelle diagnose en preventieve behandeling van ziekten en, tot slot, het ontwikkelen van sociale instrumenten die aan elk individu in de samenleving de garantie bieden van een levensstandaard die zijn gezondheid in stand houdt².

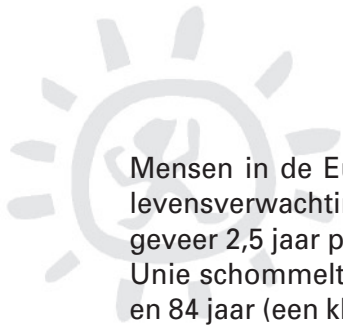
De bovenstaande definitie introduceert belangrijke thema's zoals het voorkomen van ziekten en de nadruk op de algemene levensstandaard en levenskwaliteit. Dit zijn belangrijke aspecten van het huidige beleid op het gebied van volksgezondheid, waar de aanpak door de Europese Unie deel van uitmaakt.

Bovendien is gezondheid ook een mensenrecht, conform de Universele Verklaring van de Rechten van de Mens³.

Volksgezondheid omvat dus veel meer dan alleen maar basale medische zorg. Volksgezondheid en niet alleen investeringen in medische zorg moet de kernactiviteit zijn van gelijk welke regering om de gezondheid en de welvaart van haar burgers te verbeteren en te versterken.

Gezondheidsstatus in Europa

Het boek 'Health and the EU: an overview' vervolgt met een hoofdstuk over de gezondheid van de Europese bevolking.



Mensen in de Europese Unie leven langer en zijn ook gezonder dan ooit tevoren⁴. De levensverwachting in West Europa is sinds de jaren 1950 voortdurend gestegen, met ongeveer 2,5 jaar per decennium. De levensverwachting in de 25 lidstaten van de Europese Unie schommelt tussen 66 en 78 jaar (een kloof van 12 jaar) voor mannen en tussen 76 en 84 jaar (een kloof van 8 jaar) voor vrouwen. Het verschil tussen de EU-landen is groter voor de gezonde levensverwachting dan voor de levensverwachting. De gezonde levensverwachting schommelt tussen 57 en 75 jaar (18 jaar) voor vrouwen en tussen 54 en 71 jaar (17 jaar) voor mannen⁵.

De meeste voorspellingen gaan ervan uit dat de gezondheid nog verder zal verbeteren. Ziekten die een gevolg zijn van de levensstijl verhogen echter het risico dat de levensverwachting niet verder stijgt. Risicofactoren zoals roken, obesitas, onvoldoende lichaamsactiviteit, hoog alcoholverbruik, letsels en ongelukken leiden tot vroegtijdige dood en chronische ziekten. Er bestaat een duidelijk verband tussen wat men eet, hoe men leeft en de gezondheid⁶. Niet-overdraagbare ziekten dragen bij tot meer dan 87% van de totale ziektelast in de EU⁷. Psychische aandoeningen vertegenwoordigen daarvan 27%. In 1999 vertegenwoordigden psychische aandoeningen meer dan 40% van alle invaliditeitspensioenen in Finland en 25% in Portugal. Vandaag zijn hart- en vaatziekten de grootste enkelvoudige doodsoorzaak in de EU⁸. Ze zijn verantwoordelijk voor ongeveer 40% van alle overlijdens, zowel bij mannen als bij vrouwen. Hart- en vaatziekten zijn ook een belangrijke oorzaak van slechte gezondheid in Europa. Obesitas en type-2 diabetes vertonen een zorgwekkende ontwikkeling, niet alleen omdat ze steeds meer mensen treffen, maar ook omdat ze steeds vroeger tijdens een mensenleven opduiken. In 2000 gingen in de Europese Unie in totaal 158 miljoen werkdagen verloren, wat een gemiddelde geeft van 20 werkdagen per ongeval⁹. Bovendien kunnen overdraagbare ziekten en pandemieën zich als gevolg van de grote mobiliteit sneller dan ooit tevoren verspreiden over de landsgrenzen.

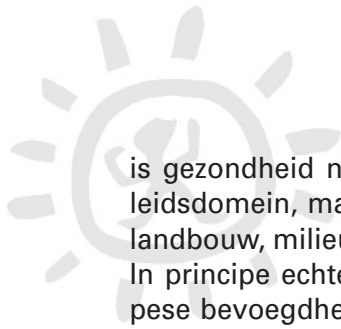
Gelukkig kunnen we de belangrijkste oorzaken van vroegtijdig overlijden in grote mate voorkomen. Hun voornaamste risicofactoren houden immers verband met het gedrag van de mensen en kunnen worden beïnvloed door efficiënt gebruik te maken van bekende en haalbare interventies op het vlak van volksgezondheid. De meeste risico's concentreren zich echter bij de armen¹⁰.

Bovenstaande 'foto', die nader wordt toegelicht in het volledige boek, toont ons een Europa vol contrasten. Tijdens de voorbije decennia is de volksgezondheid er met grote sprongen op vooruitgegaan en als gevolg daarvan is de levenskwaliteit van grote bevolkingsgroepen sterk verbeterd. Toch bestaan er tussen de landen onderling en ook binnen de landen nog grote verschillen. Een efficiënt beleid op het vlak van volksgezondheid kan nog aanzienlijke winst boeken.

Totstandkoming van een onafhankelijk Europees gezondheidsbeleid

In de nieuwe versie van het boek 'Health in the EU: an overview' lezen we dat gezondheidsthema's belangrijker worden op de Europese politieke agenda.

Artikel 152 van het Verdrag betreffende de Europese Gemeenschappen bepaalt: 'Bij de bepaling en de uitvoering van elk beleid en elk optreden van de Gemeenschap wordt een hoog niveau van bescherming van de menselijke gezondheid verzekerd.' Tegenwoordig



is gezondheid niet alleen uitgegroeid tot een afzonderlijk en duidelijk afgebakend beleidsdomein, maar ook tot een belangrijk onderdeel van andere beleidsdomeinen zoals landbouw, milieu, werkgelegenheid, concurrentie, consumentenbescherming enzovoort. In principe echter is gezondheidszorg nog steeds veeleer een nationale dan een Europese bevoegdheid. *'Bij het optreden van de Gemeenschap op het gebied van de volksgezondheid worden de verantwoordelijkheden van de lidstaten voor de organisatie en het leveren van gezondheidszorg en geneeskundige verzorging volledig geëerbiedigd'*¹¹. Nu grensoverschrijdende bedreigingen voor de gezondheid toenemen in een Unie die voortdurend verder uitbreidt, speelt de EU een steeds belangrijker rol bij het bevorderen en coördineren van oplossingen op het vlak van gezondheidszorg voor alle EU-burgers. Daarbij concentreert de EU zich op het voorkomen van ziekten, algemene paraatheid en snelle reactie op potentiële gevaren. Zoals op ieder ander beleidsdomein wordt het Europese beleid inzake volksgezondheid uitgestippeld op basis van gedeelde verantwoordelijkheden tussen de Raad, het Europese Parlement en de Commissie.

Hier volgt een samenvatting van de verdeling van verantwoordelijkheden en invloed van de Europese instellingen, zoals ze in de volledige publicatie worden beschreven:

De **Raad van de Europese Unie** is het belangrijkste besluitvormingsorgaan van de Europese Unie. De Raad vertegenwoordigt de lidstaten van de EU en is samengesteld uit één vertegenwoordiger van elke nationale regering binnen de Europese Unie. De akten van de Raad kunnen de vorm hebben van wettelijk bindende verordeningen, richtlijnen, voorstellen voor vrijwillig gezamenlijk optreden, gemeenschappelijke standpunten, aanbevelingen, besluiten of adviezen.

Het **Europees Parlement** is de Europese instelling die de inwoners van de lidstaten rechtstreeks vertegenwoordigt. Het is de uitdrukking van de democratische wil van de EU-burgers en verdedigt hun belangen in discussies met de andere EU-organen. Het Europese Parlement geniet drie fundamentele bevoegdheden: wetgevende macht, begrotingsbevoegdheid en controlebevoegdheid.

De **Europese Commissie** is opgezet als een politiek onafhankelijk orgaan dat de belangen van de EU in haar geheel vertegenwoordigt en verdedigt. De Commissie is de drijvende kracht binnen het institutionele landschap van de Europese Unie. Zij heeft het recht voorstellen in te dienen bij de Raad en het Parlement.

Op het vlak van volksgezondheid wordt deze structuur weerspiegeld in de volgende regelingen: het Directoraat-generaal Gezondheid en Consumentenbescherming (DG SANCO) van de Europese Commissie werd opgericht in 1999. Zijn hoofdkantoor is in Brussel gevestigd, maar het Directoraat Volksgezondheid is verdeeld tussen Brussel en Luxemburg. Het directoraat telt ongeveer 700 werknemers van wie er 120 verantwoordelijk zijn voor volksgezondheid. Andere directoraten-generaal behandelen binnen hun bevoegdheid aangelegenheden op het vlak van gezondheid (gedetailleerd beschreven in het boek). De algemene opdracht van het DG SANCO luidt als volgt: 'Samen met de lidstaten streeft de Europese Unie ernaar de gezondheid van haar burgers te beschermen en te bevorderen.' Deze taak van 'bescherming en bevordering' wordt verschillend geïnterpreteerd. De belangrijkste vormen van bestuur zijn vandaag de dag de volgende:

- Wetgeving en regulering – de wettelijke bevoegdheid inzake volksgezondheid werd versterkt door artikel 152 van het Verdrag van Amsterdam. De EU heeft een beperkt mandaat om een beleid op het vlak van volksgezondheid aan te nemen. Lidstaten nemen nog steeds maatregelen op nationaal niveau om de organisatie



en levering van gezondheidszorg te regelen, hoewel de EU het specifieke recht heeft om wetten te maken met betrekking tot bloed, organen en weefsels (veiligheid en kwaliteit van bloed, bloedderivaten, menselijke weefsels en menselijke cellen die worden gebruikt bij medische behandelingen).

- Zelfregulering en vrijwillige samenwerking (Open Coördinatie Methode) – er heeft een verschuiving plaats van wettelijk bindende instrumenten (d.i. verordeningen en richtlijnen) naar alternatieve regulerende methodes zoals co-regulering en zelfregulering door de betrokken sociale en economische actoren. Men gaat ervan uit dat men zo de kosten beperkt en de efficiëntie vergroot. Coregulering en vrijwillige zelfregulering kunnen diverse vormen aannemen, zoals vrijwillige overeenkomsten, gedragscodes, charters, richtlijnen, geharmoniseerde normen enzovoort. Deze benadering – soms de Open Coördinatie Methode genoemd – krijgt steeds meer de bovenhand als methode van bestuur binnen de Europese Unie. In tegenstelling tot de traditionele legalistische benadering is deze methode gericht op coördinatie, veeleer dan op het harmoniseren van het nationaal beleid van de lidstaten. De lidstaten verbinden zich ertoe samen te werken om gedeelde doelstellingen te verwezenlijken en tegelijk de legitieme nationale verscheidenheid te eerbiedigen.
- EU- financiële regelingen, zoals het communautair actieprogramma op het gebied van de volksgezondheid 2003-2008¹² (budget 312 miljoen euro) en door de EU geïnitieerde informatiecampagnes zoals 'Help, voor een leven zonder tabak', kunnen worden gezien als ondersteuning van deze wettelijke en vrijwillige benaderingen.

Het boek erkent dat de EU de inspanningen van de lidstaten niet moet kopiëren, maar toegevoegde waarde moet bieden door zich te concentreren op activiteiten zoals het bijhouden van gezondheidsstatistieken voor de hele EU, het uitwisselen van goede praktijken tussen de lidstaten en het creëren van forums voor openbare dialoog en het uitwisselen van informatie.

Gezondheid in andere EU-beleidsdomeinen

In de EU bestaat er een brede waaier van beleidsdomeinen die een impact hebben op de gezondheid, zoals de interne markt, landbouw, milieu, onderzoek, consumentenbescherming, gezondheid en veiligheid op het werk enzovoort. De bevoegdheden van de EU op het vlak van gezondheid zijn vrij beperkt en bijgevolg is het heel belangrijk om alle beschikbare middelen in de andere beleidsdomeinen te gebruiken om de gezondheid en het welzijn van de bevolking te verbeteren. Hier volgt een overzicht van de beleidsdomeinen die een impact hebben op de gezondheid. Voor meer gegevens hierover verwijzen we naar het boek.

Landbouwbeleid – Landelijke gebieden beslaan 90% van het grondgebied van de EU en ongeveer 50% van de EU-bevolking woont in landelijke gebieden. Het gemeenschappelijk landbouwbeleid (GLB) is een systeem van ondersteuning voor landbouwers dat tot doel heeft nationale ondersteuningssystemen te vervangen om te verzekeren dat een product in alle lidstaten op voet van gelijkheid wordt geproduceerd. Het GLB is voorwerp van kritiek, omdat de subsidies niet efficiënt worden gebruikt. Het krijgt 50% van de EU-begroting en heeft een negatieve impact op de volksgezondheid omdat het subsidies toekent aan de productie van tabak en alcohol en omdat jaarlijks één miljoen ton fruit en groenten wordt vernietigd. Ook de negatieve weerslag van het GLB op de landbouw



in de ontwikkelingslanden wordt fel bekritiseerd¹³. Het financiële gewicht van het GLB in de EU-beleidsdomeinen is tot de dag van vandaag onbetwistbaar en illustreert een aantal dilemma's op het gebied van volksgezondheid en hun relevantie voor economische doelstellingen. Omdat ziekten die verband houden met de levensstijl toenemen, moet de invloed van het GLB zorgvuldig worden beoordeeld.

Gezondheid en milieu – Gezondheid is een belangrijk aspect van het milieubeleid van de EU. De belangrijkste actiegebieden zijn luchtvervuiling binnen en buiten, lawaai, het milieu binnenshuis en woonomstandigheden, waterbeleid, elektromagnetische velden, straling en chemische blootstelling. Deze factoren hebben een invloed op talrijke gezondheidsproblemen zoals hoorproblemen, slaapstoornissen, stress die leidt tot hoge bloeddruk en andere aandoeningen m.b.t. de bloedsomloop, huid- en andere kankers, aandoeningen van de ademhalingsorganen en geboortefwijkingen. Het verband tussen milieu en gezondheid is veel nauwer en complexer dan algemeen wordt aangenomen¹⁴.

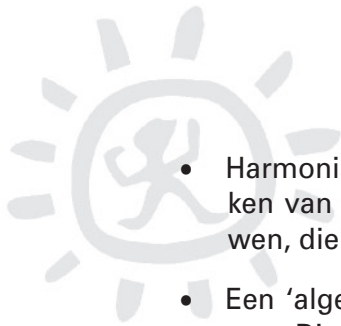
Onderzoek – Onderzoek op EU-niveau werd bekritiseerd omdat het te beperkt is, fragmentair is en een duidelijke focus mist. Om dit probleem te verhelpen stelde de Commissie in 2000 voor om de Europese onderzoeksruimte (EOR) te creëren¹⁵. De EU-regeringen hebben zich ertoe verbonden om het aandeel van het bruto binnenlands product dat wordt geïnvesteerd in onderzoek door de private en publieke sector te verhogen van 1,9% in 2000 tot 3% in 2010. Het budget van het Kaderprogramma voor Onderzoek (FP 7)¹⁶ is sterk toegenomen en over een periode van zeven jaar wordt 73 miljard euro besteed in het kader van vier kernprogramma's: samenwerking, ideeën, mensen en capaciteiten. Gezondheid is nu een van de negen thema's die in deze vier programma's aan bod komen.

Ontwikkelingshulp en gezondheid; het globale perspectief – Alle landen en ontwikkelingsorganisaties wereldwijd hebben – via de Verenigde Naties – ingestemd met acht Millennium Ontwikkelingsdoelstellingen. Deze doelstellingen hebben betrekking op een brede waaier van thema's zoals het halveren van extreme armoede, de verspreiding van HIV/AIDS tot staan brengen en het wereldwijd verstrekken van lager onderwijs. Ontwikkelingshulp vertegenwoordigt een belangrijk en zichtbaar deel van de EU-uitgaven op het vlak van wereldwijde gezondheid (wereldwijd levert de EU de grootste bijdrage op dit gebied, met ca. 55% van alle hulp en 65% van subsidies, zelfs al blijven de uitgaven van de EU voor hulp onder wat ze beloofde uit te geven). Dit beeld moet echter worden genuanceerd met de impact van andere beleidsdomeinen, vooral het GLB en de interne markt, op de wereldwijde gezondheid.

Druk om Europese oplossingen op het gebied van gezondheidszorg te ontwikkelen – Patiëntenmobiliteit en ontwikkelingen op het vlak van gezondheidszorg

Het boek 'Health and the EU: an overview' bevat ook een hoofdstuk over gezondheidszorg, ook al is dit een nationale bevoegdheid. Om diverse redenen zijn de Europese gezondheidszorgstelsels in toenemende mate onderling met elkaar verbonden.

Om te beginnen heeft elke EU-burger het recht in een andere lidstaat te werken en te leven zonder dat hij op grond van zijn nationaliteit mag worden gediscrimineerd. Voor gezondheidswerkers steunt dit algemene recht op een aantal verordeningen die de wederzijdse erkenning van beroepskwalificaties verzekeren. De richtlijn 2005/36/EG¹⁷ voert de volgende mechanismen in:



- Harmonisatie van opleidingseisen die de automatische erkenning mogelijk maken van beroepskwalificaties (voor dokters, verplegers, tandartsen, vroedvrouwen, dierenartsen, apothekers en architecten)¹⁸.
- Een 'algemeen stelsel' van erkenning, dat toepasbaar is op alle andere beroepen. Dit systeem schetst de basisrechten die burgers genieten op het vlak van beroepsmobiliteit en beschrijft de verplichtingen van de lidstaten¹⁹.

De sectoriële richtlijnen voor klassieke gezondheidswerkers bestaan sinds het midden van de jaren 1970. Andere verstrekkers van gezondheidszorg hadden een minder transparant systeem voor de erkenning van kwalificaties (bv. beroepen in de complementaire en alternatieve geneeskunde). De richtlijn van 2005 had onder meer tot doel de erkenning van kwalificaties eenvoudiger en doorzichtiger te maken.

Ten tweede steken ook patiënten de grens over op zoek naar betere behandelingen. Patiënten kunnen zich in het buitenland laten behandelen conform EG-verordening 1408/71. In mei 1998 deed het Europese Hof van Justitie²⁰ twee belangrijke uitspraken die gevolgen hebben voor de organisatie van de gezondheidszorgstelsels. Het Europese Hof van Justitie bevestigde dat het burgers vrij staat om zich in een andere lidstaat te laten verzorgen. Onder bepaalde voorwaarden kunnen hun kosten ook worden terugbetaald. Bovendien bepaalt verordening 1408/71 dat gezondheidszorg aan al wie tijdelijk in een andere lidstaat dan de eigen lidstaat verblijft – om te reizen, te studeren, te werken of omdat hij er werk zoekt – en om een of andere reden gezondheidszorg nodig heeft op dezelfde basis worden verstrekt als aan de mensen die in de bewuste lidstaat zijn verzekerd. Sinds 1 juni 2004 wordt het bewijs van dit recht geleverd aan de hand van de Europese ziekteverzekeringskaart die de eerdere papieren documenten (meer bepaald het formulier E111) vervangt (COM 2004).

Ten derde heeft de patiëntenmobiliteit gevolgen voor de gezondheidszorg en de medische zorgverlening, niet alleen in het land waar de patiënt verzekerd is maar ook in het land waar de patiënt zich laat behandelen. De Commissie ontwikkelt een gemeenschapskader voor veilige en efficiënte gezondheidszorg van hoge kwaliteit door de samenwerking tussen de lidstaten te versterken en te verzekeren dat het gemeenschapsrecht wordt toegepast op het vlak van gezondheidszorg en medische verzorging.

Voorwaarde voor een EU-gezondheidsbeleid – Gezondheidsinformatie

Gezondheidsinformatie is belangrijk om vergelijkingen te maken tussen lidstaten of regio's en daarmee om een gezondheidsbeleid op nationaal en Europees niveau te oriënteren. Actuele gezondheidsinformatie van goede kwaliteit is een vereiste voor de effectieve ontwikkeling van volksgezondheidsbeleid.

De Europese Commissie wil een geheel van gezondheidsindicatoren creëren en op die manier beknopte en vergelijkbare informatie betreffende gezondheid en aan gezondheid gerelateerd gedrag van de bevolking beschikbaar maken. Het werk betreffende de gezondheidsindicatoren wordt gecoördineerd via advieswerkgroepen die verantwoordelijk zijn voor de verschillende elementen van wat een monitor systeem van gezondheid moet worden. Er zijn werkgroepen opgericht op de volgende domeinen: morbiditeit en mortaliteit, ongelukken en letsels, geestelijke gezondheid, leeftijd en andere gezondheidsdeter-



minanten, gezondheid en milieu, gezondheidsstelsels en de gezondheidsindicatoren van de Europese Gemeenschap.

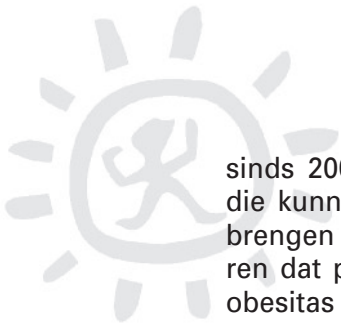
Dit alles moet de kwaliteit en de vergelijkbaarheid van gegevens bevorderen, de toegang tot informatie vergemakkelijken en de analyse van de beschikbare informatie verbeteren. Het ultieme doel bestaat eruit een EU-systeem van informatie en kennis betreffende de gezondheid te ontwikkelen dat volledig toegankelijk is voor Europese experts en voor het grote publiek.

Prioriteiten voor het EU-gezondheidsbeleid – Gezondheidsdeterminanten

Zeven risicofactoren – stuk voor stuk niet-overdraagbare ziekten – zijn verantwoordelijk voor het merendeel van de ziektelast in de Europese regio van de Wereldgezondheidsorganisatie. Het gaat om de volgende factoren: hoge bloeddruk, tabaksgebruik, schadelijk en gevaarlijk alcoholgebruik, hoge cholesterol, overgewicht, lage consumptie van fruit en groenten en onvoldoende lichaamsactiviteit. Niet-overdraagbare ziekten kunnen in grote mate worden voorkomen. Tot 80% van alle coronaire hartziekten en tot 90% van alle gevallen van type-2 diabetes zouden kunnen worden voorkomen door te veranderen van levensstijl. Gezond eten, het behouden van het normale gewicht en meer lichaamsbeweging kunnen bijvoorbeeld kanker met één derde verminderen. We vermelden hierna de belangrijkste determinanten. Het concrete optreden van de verschillende EU-instellingen op deze domeinen wordt in het boek in detail beschreven.

Voeding en lichaamsbeweging – Het verband tussen wat men eet, levensstijl en de gezondheid is wetenschappelijk aangetoond, meer bepaald met betrekking tot de rol van wat men eet en de levensstijl als determinanten van chronische niet-overdraagbare ziekten zoals obesitas, hart- en vaatziekten, kanker, type-2 diabetes, hoge bloeddruk en osteoporose²¹. De Europese Commissie heeft verschillende maatregelen genomen om iets te doen aan deze bedreigingen voor de volksgezondheid:

- De Raad heeft een aantal besluiten goedgekeurd, bijvoorbeeld betreffende een gezonde levensstijl (2003), het bevorderen van de gezondheid van het hart (2004) en diabetes (2006).
- Het Europese Netwerk op het gebied van Voeding en Lichaamsbeweging werd opgericht in 2003 en bestaat uit experts die de lidstaten hebben benoemd.
- Een coherente en globale gemeenschappelijke strategie op het gebied van voeding, lichaamsbeweging en obesitas wordt verwacht tegen juni 2007 en bouwt voort op het groenboek 'Bevorderen van gezonde voeding en lichaamsbeweging: een Europese dimensie voor de preventie van overgewicht, obesitas en chronische ziekten'. Naar verwachting zal de strategie voeding en lichaamsbeweging laten opnemen in alle relevante beleidsdomeinen op lokaal, regionaal, nationaal en Europees niveau en op verschillende manieren het noodzakelijke draagvlak creëren.
- Bij wijze van experiment hebben de diensten van de Commissie een forum gecreëerd dat de naam 'Gezonde voeding, lichaamsbeweging en gezondheid – een Europees actieplatform' kreeg en dat steunt op de ervaring van de 'rondetafel betreffende obesitas'. Belangrijke actoren op Europees niveau (detailhandel, voedselverwerkende bedrijven, de horeca, de reclamesector, ngo's actief op het vlak van consumenten en gezondheid, de medische beroepen enzovoort) komen



sinds 2005 regelmatig samen. Het doel is om concrete acties te identificeren die kunnen helpen om de huidige trend op het vlak van obesitas tot staan te brengen of zelfs om te buigen. Een belangrijk doel bestaat er ook in te garanderen dat potentiële partners kennis hebben van alle initiatieven in verband met obesitas met het oog op het ontwikkelen van meer coherent beleid en acties.

- Ook voedselveiligheid is een prioriteit voor de EU. De Europese Autoriteit voor de Voedselveiligheid (EFSA) werd in 1996 opgericht om te reageren op bedreigingen voor de gezondheid als gevolg van de voedselvoorziening. De Europese Commissie heeft het mandaat van deze Autoriteit uitgebreid met het aspect 'voeding'.

Alcohol – Alcoholverbruik verhoogt het risico voor meer dan 60 verschillende soorten ziekten en aandoeningen. Ook de negatieve sociale impact van alcohol is belangrijk en gaat van algemene asociaal gedrag tot huiselijk geweld, een toename van het aantal gevallen van brand, verdrinkingen en auto-ongevallen, kindermisbruik, misdaad en moord. Naar schatting hebben ongeveer 55 miljoen volwassenen in de EU een schadelijk alcoholverbruik en van hen is ongeveer 23 miljoen verslaafd.

Tot nu toe heeft de Europese Unie een aantal richtlijnen aangenomen in verband met de belastingen op alcohol, een aanbeveling betreffende alcoholverbruik door jongeren (2001) en de richtlijn Televisie Zonder Grenzen (richtlijn 89/552/EEG) die beperkingen oplegt aan de reclame voor alcohol. In oktober 2006 keurde de Europese Commissie een uitgebreide alcoholstrategie goed om de lidstaten te helpen letsels als gevolg van alcohol in Europa te verminderen²². In juni 2007 creëert de Europese Commissie ook een alcohol- en gezondheidsforum dat deskundigen zal samenbrengen uit verschillende belanghebbende organisaties, waaronder ngo's, de drankenindustrie en de detailhandel. Vertegenwoordigers van de lidstaten en andere EU-instellingen en -organen komen ook samen in een apart adviescomité. De algemene doelstelling van dit forum bestaat erin de in de mededeling beschreven strategie te ondersteunen, de nodige input te verstrekken en de uitvoering ervan te volgen.

Tabak – Het voorkómen van roken staat al vele jaren op de agenda van gezondheidsspecialisten, politici, ngo's, de lidstaten en van de Europese Commissie. Nog altijd rookt ongeveer één derde van alle volwassenen in Europa. Er wordt geraamd dat tabak jaarlijks ongeveer 650.000 Europeanen doodt, d.i. één op zeven van alle sterfgevallen in de hele EU. Roken berokkent schade aan bijna ieder orgaan in het menselijk lichaam en veroorzaakt een brede waaier van ziekten. De helft van alle mensen die regelmatig roken zal sterven als gevolg van hun rookgedrag en de levensverwachting van personen die sterven op middelbare leeftijd daalt gemiddeld met 22 jaar, terwijl ze bovendien gedurende een langere periode van dat kortere leven kampen met een slechte gezondheid. Meer dan 13 miljoen Europeanen lijden aan een ernstige chronische ziekte als gevolg van het feit dat ze roken. Bovendien overlijden in de EU-25 meer dan 79.000 volwassenen jaarlijks aan de gevolgen van passief roken²³. Tot de inspanningen die werden geleverd om het tabaksverbruik in de EU te verminderen behoren een aantal aanbevelingen en wettelijke regelingen, zoals:

- Openbare plaatsen en de werkplaats – In 1989 nam de EU een intentieverklaring aan die het roken in openbare ruimten en in openbaar vervoer verbiedt.
- Reglementering op het gebied van tabaksproducten – In 2001 werd een richtlijn tot reglementering van tabaksproducten in de lidstaten tot wet verheven.
- EU-richtlijn betreffende tabaksreclame – In 2003 werd een richtlijn die tabaksreclame verbood tot wet verheven. De tekst heeft betrekking op grensoverschrijdende reclame en sportsponsoring.



- Kaderovereenkomst betreffende tabakscontrole – In 2004 keurde de Raad van de EU het raamverdrag van de Wereldgezondheidsorganisatie op het gebied van tabakscontrole (FCTC) goed²⁴.
- Waarschuwingen betreffende de gezondheid werden uitgebreid tot ten minste 30% van de voorkant en 40% van de achterkant van alle tabaksverpakkingen.
- Belastingen – In de meeste lidstaten worden tabaksproducten zwaar belast.

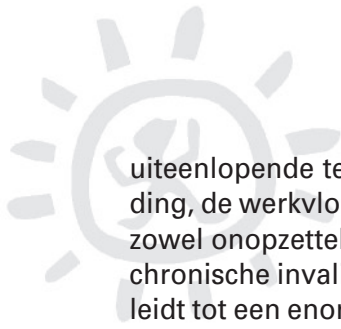
In het voorjaar van 2007 lanceerde de Europese Commissie een openbare raadpleging over de beste manier om rookvrije omgevingen te promoten, via haar groenboek 'Op weg naar een rookvrij Europa: beleidsopties op EU-niveau'²⁵.

Drugsgebruik – Drugsgebruik, vooral bij jongeren, heeft historisch hoge niveaus bereikt. Vandaag zijn er in de hele EU tot twee miljoen problematische drugsgebruikers²⁶. Nationale drugswetten leggen steeds meer de nadruk op het onderscheid tussen vergrijpen inzake drugsbezit voor persoonlijk gebruik en vergrijpen vanwege handel en bevoorrading. Algemeen is er een verschuiving naar zwaardere straffen voor de tweede categorie van vergrijpen. Deze ontwikkeling sluit aan bij de grotere nadruk die in heel Europa algemeen wordt gelegd op het uitbreiden van mogelijkheden voor het behandelen van drugsverslavingen en het geven van meer aandacht aan interventies die problematische druggebruikers uit het criminele rechtssysteem willen halen en oriënteren naar opties van behandeling en rehabilitatie.

Voor de Commissie is **onwettig drugsgebruik** – en tot op zekere hoogte ook wettig drugsgebruik – een belangrijk thema voor de volksgezondheid. Het optreden van de Commissie is gericht op preventie via onderwijs en bewustmaking, maar ook op het verminderen en behandelen van risico's en schade, harm reduction. De Europese benadering voor het aanpakken van de drugsproblemen in de EU werd ontwikkeld via de strategieën (2005-2012) en actieplannen (2005-2008) van de EU in verband met drugs. Dit model impliceert dat men een evenwicht bereikt tussen preventie, onderwijs en behandeling enerzijds en de uitvoering van wetten tegen de productie van en de handel in verdovende middelen anderzijds.

Geestelijke gezondheid – Volgens de Wereldgezondheidsorganisatie bestaat er niet één enkele officiële definitie van geestelijke gezondheid. Culturele verschillen en concurrerende professionele opvattingen bepalen de definitie van 'geestelijke gezondheid'. Geestelijke gezondheid is een alledaags thema dat gevolgen heeft voor individuen, gezinnen, scholen en de werkvloer. Voor Europa is dit een belangrijk thema, aangezien problemen in verband met geestelijke gezondheid bijna 20% van de ziektelast vertegenwoordigen²⁷. De zorgverlening is echter vaak ontoereikend en biedt niet de gewenste hulp, zelfs in geval van ernstige problemen van geestelijke gezondheid. In 2005 hebben de Europese ministers van Volksgezondheid zich er voor het eerst toe verbonden om prioriteit te geven aan het optreden betreffende geestelijke gezondheid in het kader van hun volksgezondheidsbeleid²⁸. In 2006 lanceerde de Europese Commissie een open raadpleging op basis van het groenboek 'De geestelijke gezondheid van de bevolking verbeteren. Naar een strategie voor geestelijke gezondheid voor de Europese Unie'²⁹. Met 237 reacties was de respons groot³⁰. De Commissie stelt nu een mededeling op die een strategie voor geestelijke gezondheid beschrijft. Deze mededeling zal naar verwachting worden goedgekeurd in het voorjaar van 2007.

Voorkomen van letsels – Letsels zijn een belangrijke oorzaak van overlijden en invaliditeit bij de Europese bevolking³¹. Het risico van overlijden en ernstige letsels is vooral hoog op



uiteenlopende terreinen als de woning en het verkeer in het kader van de vrijetijdsbesteding, de werkvloer en in verband met consumentenproducten en –diensten. Men schat dat zowel onopzettelijke als opzettelijke letsels de belangrijkste oorzaak zijn van overlijden en chronische invaliditeit bij kinderen, jongeren en volwassenen tot de leeftijd van 45 jaar. Dit leidt tot een enorm verlies van levensjaren in goede gezondheid en van productieve jaren. Bij personen ouder dan 65 zijn letsels een belangrijke oorzaak van overlijden en invaliditeit en vaak ook de aanleiding tot een fatale verslechtering van hun gezondheid.

De Europese Commissie heeft verschillende initiatieven genomen om op te treden en de frequentie van onopzettelijke en opzettelijke gevallen van overlijden en letsels te verminderen door aan dit beleidsoverschrijdend thema samen te werken met een aantal directo-raten-generaal op het vlak van transport, werkvloer, geestelijke gezondheid, geweld, alcohol en de gezondheid van kinderen. Tussen 1999 en 2002 werden meer dan 80 specifieke projecten gevoerd om het voorkomen van letsels te bevorderen³². Er is echter nog steeds ruimte om efficiënter op te treden, meer bepaald door het invoeren van goede praktijken die hebben bewezen dat ze letsels kunnen voorkomen. In juni 2006 heeft de Europese Commissie de 'mededeling van de Commissie op het gebied van optreden voor een veiliger Europa'³³ en het 'voorstel voor een aanbeveling door de Raad inzake het voorkomen van verwondingen en het bevorderen van de veiligheid in afwachting van goedkeuring in mei 2007'³⁴ aangenomen.

Prioriteiten voor het EU-gezondheidsbeleid – Overdraagbare ziekten

Overdraagbare ziekten zoals HIV/AIDS, tuberculose, mazelen en griep vormen een ernstig risico voor de menselijke gezondheid en dragen bij tot ongeveer één derde van alle sterfgevallen wereldwijd. Overdraagbare ziekten stoppen niet aan de landsgrenzen en kunnen zich snel verspreiden, vooral in de globaliserende wereld van vandaag de dag. Bovendien verschijnen er nieuwe ziekten, terwijl andere ziekten vormen ontwikkelen die resistent zijn tegen geneesmiddelen (bv. multiresistente tuberculose en meticilline-resistente *staphylococcus aureus*).

Om voorbereid te zijn op deze bedreigingen werkt de Commissie op dit gebied nauw samen met de lidstaten. De Commissie heeft algemene paraatheidsplannen ingediend om het hoofd te bieden aan verschillende soorten bedreigingen voor de gezondheid. Zowel op het niveau van de lidstaten als op dat van de Gemeenschap werden specifieke plannen opgesteld om het hoofd te bieden aan problemen zoals grieppandemie, SARS, pokken of bioterrorisme. Het Europees Centrum voor Ziektepreventie en –controle (ECDC) heeft als opdracht wetenschappelijk advies te verstrekken en de risico's te beoordelen met betrekking tot berichten die binnenkomen via het Early Warning Response System (EWRS)³⁵.

De volledige publicatie bevat meer informatie over dit onderwerp in een afzonderlijk hoofdstuk.



Prioriteiten voor het EU-gezondheidsbeleid – Geneesmiddelen en geneeskundige therapieën

In de 20ste eeuw hebben alle EU-lidstaten, vooral vanaf de jaren 1960, uitgebreide regelingen inzake geneesmiddelen ontwikkeld. Als gevolg van de toenemende complexiteit en de onverenigbaarheid van de nationale wetgevingen werden op het niveau van de EU pogingen ondernomen om de verschillende regelgevingen te harmoniseren. Alle geneesmiddelen die nu in Europa verkrijgbaar zijn, moeten voldoen aan normen op het gebied van veiligheid, kwaliteit en efficiëntie die worden omschreven in de EU-wetgeving (nader beschreven in het boek).

Er bestaan echter grote verschillen in de omvang en het soort controles op complementaire geneesmiddelen in de verschillende lidstaten. In 1992 begon de EU hieraan iets te doen met de richtlijn 92/73/EEG³⁶ over homeopathische geneesmiddelen en andere acties die in het boek nader worden beschreven.

De Europese Unie streeft ernaar een hoog niveau van kwaliteit, veiligheid en innovatie te verzekeren op het gebied van farmaceutische producten. Als het gaat om geneesmiddelen en behandelingen zijn de voornaamste doelstellingen toegang tot geneesmiddelen tegen betaalbare prijzen te verzekeren, ervoor te zorgen dat geneesmiddelen veilig en doeltreffend zijn en de burgers in staat te stellen om te kiezen met kennis van zaken. Als tegenwicht wordt het concurrentievermogen van de farmaceutische industrie ondersteund.

Om aan deze behoeften tegemoet te komen richtten de directoraten-generaal Ondernemingen en Industrie en Gezondheid en Consumentenbescherming in juni 2005 het High Level Pharmaceutical Forum op³⁷. Het Forum verenigt de lidstaten, de farmaceutische industrie, volksgezondheid- en patiëntengroepen in een vrijwillig proces van samenwerking waarbij naar een evenwicht tussen nationale en Europese oplossingen wordt gezocht.

Besluit

Een goede gezondheid is een belangrijke basis voor sociale en economische ontwikkeling. Een hoger niveau van menselijke ontwikkeling heeft tot gevolg dat mensen langer leven en bovendien langer gezond blijven. Een gezonde bevolking vermindert de druk op de gezondheidszorg en sociale voorzieningen. Een gezonde bevolking in de productieve leeftijd is een voorwaarde voor economische groei en welvaart. In het Europa van vandaag, met een bevolking die snel verouderd, geldt dit meer dan ooit tevoren.

Het boek erkent de aanzienlijke verbeteringen die de voorbije decennia zijn geboekt op het vlak van volksgezondheid, maar stelt vast dat er nog steeds grote verschillen bestaan tussen bevolkingsgroepen, regio's en landen. Hoewel gezondheidszorg voornamelijk een nationale bevoegdheid is, kunnen vele van de belangrijke bedreigingen voor de gezondheid niet worden opgelost door middel van een nationaal beleid van volksgezondheid en laten ze zich evenmin tegenhouden door geografische grenzen. Een gecoördineerd optreden van de EU op het vlak van volksgezondheid wordt steeds belangrijker.

Het maatschappelijk middenveld heeft een steeds belangrijker rol gespeeld bij het vorm geven aan en het leveren van resultaten op het vlak van gezondheid op lokaal, regionaal, nationaal en Europees niveau. Het maatschappelijk middenveld zal een belangrijke rol blij-



ven vervullen bij het ondernemen van actie met toegevoegde waarde en zal het werk aanvullen dat de EU en de lidstaten leveren om de burgers gezonder en veiliger te maken.

De EU heeft opmerkelijke vooruitgang geboekt in de dialoog met het maatschappelijk middenveld en heeft bij die dialoog vele belanghebbenden uit verschillende landen en sectoren betrokken. Er blijft echter nog heel veel te doen. Meer bepaald moet het vermogen van het maatschappelijk middenveld worden ontwikkeld om deel te nemen aan de beleidsontwikkeling.

Written by Mariann Skar
Edited by Lara Garrido Herrero
Translated by Paul Janssens Ltd



Noten

1. Voor meer informatie over risico's, zie het Wereldgezondheidsrapport van 2002, 'Reducing Risks, Promoting Healthy life' (Verminderen van risico's en bevorderen van een gezonde levensstijl), Wereldgezondheidsorganisatie, 2002.
2. Winslow 1920, p. 23 in Baggott, Rob Public Health Policy and Politics, Palgrave Macmillan, 2000.
3. Artikel 25 van de Universele Verklaring van de Rechten van de Mens, goedgekeurd en uitgevaardigd door het besluit van de Algemene Vergadering 217 A (111) van 10 december 1948.
4. Kernegegevens over gezondheid, Eurostat 2005.
5. Kjaesrud and Siddel, Europese Commissie, 2006.
6. 'Diet, Nutrition and the Prevention of Chronic Diseases' – Rapport van een gezamenlijke 'Expert Consultation' van de WHO en de FAO, 2003.
7. Statistics in focus – Population and social conditions Theme 3 – 2/2004.
8. Statistics in focus – Population and social conditions Theme 3- 2/2004.
9. Mededeling van de Commissie, 'De arbeidskwaliteit verbeteren: een overzicht van de recente vorderingen' COM (2003) 26.11.2003 728 def.
10. Wereldgezondheidsrapport 2002, 'Reducing Risks, Promoting Healthy life', Wereldgezondheidsorganisatie.
11. Artikel 152 van het Verdrag van Amsterdam – De bevoegdheid van de EU op het gebied van volksgezondheid steunt op artikel 129 van het Verdrag van Maastricht inzake de Europese Unie van 1993 en op artikel 152 van het Verdrag van Amsterdam van 1999.
12. http://ec.europa.eu/health/ph_programme/programme_nl.htm
13. Zie voor meer informatie: Aspecten op het vlak van volksgezondheid van het Gemeenschappelijk Landbouwbeleid van de EU – ontwikkelingen en aanbevelingen voor verandering in vier sectoren: fruit en groenten, zuivelproducten, wijn en tabak, door Liselotte Schafer Elinder, Nationaal Instituut voor Volksgezondheid, Zweden, 2003.
14. Europees Milieuagentschap en WHO.
15. Zie voor meer informatie: http://ec.europa.eu/research/era/index_en.html.
16. http://europa.eu.int/comm/research/future/index_en.cfm.
17. http://ec.europa.eu/internal_market/qualifications/future_en.htm.
18. http://ec.europa.eu/internal_market/qualifications/specific-sectors_en.htm.
19. http://ec.europa.eu/internal_market/qualifications/general-system_en.htm.
20. Zaak C-158/96 Kohll [1998] ECR I-1931 en Zaak C-120/95 Decker [1998] ECR I-1831.
21. 'Diet, Nutrition and the Prevention of Chronic Diseases' – Rapport van een gezamenlijke 'Expert Consultation' van de WHO en de FAO, 2003.
22. Mededeling van de Commissie aan de Raad, het Europees Parlement, het Europees Economisch en Sociaal Comité en het Comité van de Regio's – Een EU-strategie ter ondersteuning van de lidstaten bij het beperken van aan alcohol gerelateerde schade 24/10/2006. Com (2006) 625 def.
23. Groenboek 'Op weg naar een rookvrij Europa: beleidsopties op EU-niveau. COM (2007).
24. <http://www.who.int/tobacco/framework/countrylist/en/>.
25. http://www.ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/Tobacco/keydo_tobacco_en.htm.
26. Jaarverslag 2006 over de staat van het drugsprobleem in Europa door het European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. <http://annualreport.emcdda.europa.eu>.
27. Groenboek 'De geestelijke gezondheid van de bevolking verbeteren. Naar een strategie betreffende geestelijke gezondheid voor de Europese Unie'. Europese Commissie 2006.
28. <http://www.euro.who.int/mentalhealth2005>.
29. http://europa.eu.int/comm/health/ph_determinants/life_style/mental_health_en.htm.
30. Uit antwoorden op het groenboek 'De geestelijke gezondheid van de bevolking verbeteren. Naar een strategie betreffende geestelijke gezondheid voor de Europese Unie'. Europese Commissie, 19.12.2006.
31. Zie voor meer informatie http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/environment/IPP/ipp_en.htm.
32. Zie voor meer informatie http://ec.europa.eu/health/ph_projects/injury_project_full_listing_en.htm.
33. Mededeling van de Commissie aan het Europees Parlement en de Raad over acties voor een veiliger Europa COM(2006) 328 def.
34. Voorstel voor een aanbeveling van de Raad over letselpreventie en bevordering van veiligheid COM (2006) 329 def.
35. Beslissing van de Commissie van 19 maart 2002 tot vaststelling van gevalsdefinities voor het melden van overdraagbare ziekten aan het communautaire netwerk krachtens Beschikking nr. 2119/98/EG van het Europees Parlement en de Raad, 2002/253/EG.
36. Richtlijn van de Raad 92/73/EEG van 22 september 1992 tot uitbreiding van het toepassingsgebied van de Richtlijnen 65/65/EEG en 75/319/EEG betreffende de aanpassing van de wettelijke en bestuursrechtelijke bepalingen inzake geneesmiddelen en tot vaststelling van aanvullende bepalingen voor homeopathische geneesmiddelen, PB L 297/8 (1992).
37. http://ec.europa.eu/health/ph_overview/other_policies/pharma_forum_en.htm
en http://ec.europa.eu/enterprise/phabiocom/comp_pf_en.htm.